

АРТЕРИОВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ СПИННОГО МОЗГА – ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Протас Р.Н., Выхристенко К.С., Кубраков К.М.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Актуальность. Архиважной медицинской проблемой в настоящее время является сосудистая патология, учитывая эпидемиологию, высокую летальность и инвалидизацию населения. Цереброваскулярным дизгемиям повсеместно уделяется самое пристальное внимание [2], чего нельзя сказать о сосудистых заболеваниях спинного мозга, поскольку существовало мнение, что они встречаются крайне редко [1]. До введения в нейрохирургическую практику таких высокоинформативных методов исследований как магнитно-резонансная томография (МРТ), рентгеновская компьютерная томография (КТ), миелография (МГ), селективная спинальная ангиография (ССАГ) нарушения спинального кровообращения диагностировались случайно либо на операционном столе, либо во время секции [3,4].

Среди причин, приводящих к развитию геморрагических и ишемических спинальных инсультов, особый клинический интерес представляют артериовенозные мальформации (АВМ). Они составляют лишь 4-5 % всех объемных процессов, расположенных в позвоночном канале и распознаются с большим трудом [5].

Ставилась задача, базируясь на собственных наблюдениях и данных литературы, изучить особенности дебюта и течения заболевания, симптоматику, результаты дополнительных методов исследования; подчеркнуть при этом необходимость всестороннего обследования пациентов и трудности дифференциальной диагностики.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось трое больных с верифицированными АВМ спинного мозга.

Для иллюстрации приводим краткую выписку из истории болезни. Больной Н., 39 лет, в прошлом офицер ВДВ, направлен в нейрохирургическое отделение ВОКБ в марте 2006 г. с диагнозом опухоль спинного мозга?

Больным себя считает с августа 2005 г., когда внезапно наступила задержка мочи, появилась слабость в ногах. Обратился за медицинской помощью в поликлинику. Обследован неврологом, урологом, проктологом, терапевтом. В связи с подозрением на вертеброгенную радикуломиелоишемию выполнена МРТ позвоночника и спинного мозга. Заключение: остеохондроз шейного отдела позвоночника. Диффузная протрузия межпозвоночных дисков С₃ – С₄, С₄ – С₅, С₆ – С₇. При исследовании грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника выявлены начальные признаки остеохондроза. Данных за объемный процесс спинного мозга не получено.

При поступлении в стационар жаловался на задержку мочи и стула, слабость в ногах. Объективно: атлетического телосложения. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Интеллект сохранен, черепно-мозговые нервы функционируют полноценно. Чувствительность на туловище и верхних конечностях не нарушена, сила в руках сохранена, рефлексы Д=S. Гипестезия в аногенитальной зоне и от L₂ книзу слева. Нижний парапарез - слева до 3-х баллов, справа – до 4-х. Коленные и ахилловы рефлексы Д > S, с двух сторон – патологические стопные знаки. Нарушение функции тазовых органов.

Проведена люмбальная пункция. Блока субарахноидального пространства нет. Ликвор прозрачный, бесцветный, белок – 0,43 г/л, цитоз – 5 клеток в мкл. Выполнена МГ с ультравистом. Определяется интрадуральный дефект наполнения контраста овальной формы с нечеткими контурами размером 22x60 мм, с обтеканием вокруг контраста на уровне верхнего края Th₁₂ и нижнего края L₁ позвонков. Регистрируется варикозное расширение вен спинномозгового канала нижнегрудного и поясничного отделов. Заключение: рентгенологически нельзя исключить интрадуральную опухоль спинного мозга. Для уточнения диагноза рекомендована МРТ. При исследовании позвоночника на уровне Th₉ – S₃ определяется дополнительное образование на уровне Th₁₁ – L₁ размером 9x14x58 мм, контуры не четкие. Спинной мозг на этом уровне визуализируется

плохо. Заключение: интрамедулярный объемный процесс на уровне $Th_{11} - L_1$.

Предоперационный диагноз: опухоль спинного мозга. Выполнена ламинэктомия $Th_{11} - Th_{12}$ частично L_1 . Опухоли спинного мозга не обнаружено. Выявлена сеть артериальных и венозных сосудов с петлеобразованием, спинной мозг ишемизирован, бледного цвета. Манипуляций на АВМ не проводилось. После операции выросла неврологическая симптоматика – тотальная анестезия от уровня L_1 книзу, нижняя вялая параплегия, задержка мочи и стула. Спустя 3 недели появились пролежни в области крестца и пяток.

Для дообследования и определения дальнейшей тактики лечения переведен в нейрохирургическое отделение Минской городской клинической больницы.

Проведена ССАГ: контрастированы сосуды (аорта, нижнереберные, селезеночные, почечные и печеночные артерии). В проекции $Th_9 - L_2$ позвонков патологической сосудистой сети, характерной для спинальной АВМ, не обнаружено.

МРТ: на уровне $Th_{11} - L_1$ визуализируются сеть патологически извитых сосудов. В паравертебральных тканях, преимущественно кзади, определяются послеоперационные изменения с участками крови. Дуральный мешок компремирован, спинной мозг отечен. После внутривенного введения омнипака отмечены участки повышенной интенсивности. Заключение: признаки сосудистой мальформации.

После проведенной вазоактивной терапии состояние больного несколько улучшилось. Анестезия стала определяться с уровня L_2 , нормализовалось мочеиспускание, зажили пролежни.

Заключительный клинический диагноз: тромбированная АВМ сосудов спинного мозга на уровне $Th_{11} - L_1$. Нижняя параплегия. Анестезия от уровня $L_1 - L_2$. Нарушение функции тазовых органов.

В течение года больной четырежды находился на обследовании в нейрохирургических стационарах. Проводились разносторонние исследования (МРТ, КТ, ССАГ, МГ и др.), результаты которых порой носили противоречивый характер.

Заключение. Клиническая картина АВМ сходна с опухолями спинного мозга, вертеброгенной радикуломиелоишемией, рассеянным склерозом, спинальным эпидуритом и др. В «холодном» периоде могут звучать корешковые, сегментарные и проводниковые расстройства. Острая манифестация страдания чаще всего обусловлена гематомией, гематорахисом, либо ишемическим

инфарктом, вследствие тромбирования спинальных сосудов. Распознавание АВМ всегда сопряжено с большими трудностями и требует широкого использования современных параклинических методов исследования с целью определения стратегии и тактики лечебных мероприятий.

Литература

1. Богородинский, Д. К. Инфаркты спинного мозга / Д. К. Богородинский, А. А. Скоромец. – Л.: «Медицина», 1973. – 222 с.
2. Гусев, Е. И. Проблемы инсульта в России / Е. И. Гусев // Журнал неврологии и психиатрии. – 2003. – №9. – С. 3-5
3. Практическая нейрохирургия: руководство для врачей / под ред. Б. В. Гайдара. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 648 с.
4. Сосудистые заболевания спинного мозга. Sotis / А. А. Скоромец [и др.] – СПб. – 525 с.
5. Malis, L. Arteriovenous malformations of the spinal cord / L. Malis //J. Neurol. Surg. – 1982 – Vol. 3. – P. 1850-74.